Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*07.12.2020, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	

Moderation: Lars Schaade

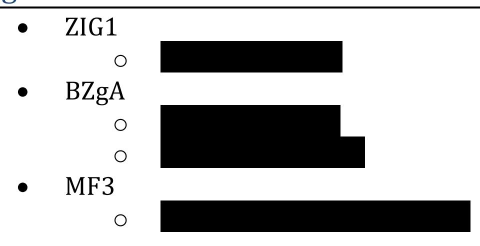
Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG14



- FG17
- FG21
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG32
- FG33
- FG36
- FG37
- FG 38
- IBBS
- P1
- Presse
- ZBS1

- ZIG1
- BZgA
- MF3



TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** ○ Fälle, Ausbreitung (Folien hier) ○ > 66 Millionen Fälle, > 1,5 Millionen Todesfälle (2,3 %) ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle / letzte 7 Tage ○ Top 10 Länder: USA, Brasilien, Indien, Russland, Italien, Deutschland, Großbritannien, Ukraine, Iran und Polen ○ 7-Tage-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einw. ○ 79 Länder überschreiten diesen Schwellenwert ○ Neu hinzugekommen: Botswana, Bermuda, Mexiko; Dominikanische Republik nicht mehr gelistet; ○ Keine Änderung in Asien und Europa; ○ 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einw. – EU/EWR/UK/CH ○ Nur Island, Irland und Norwegen < 50; ○ COVID-19/Irland (Folie 5) ○ Ca. 5 Mio Einw.; 73.948 Fälle (ECDC, 06.12.2020); 2.099 Todesfälle (Fallsterblichkeit: 2,8 %); 7T-Inzidenz /100.000 Einw.: 40,9; Fälle 7T: 2006; Reff 7T: 1,07; ○ Zweite Welle zeitlich etwas früher als in D, Peak neuer Fälle bereits am 20.10.2020 erreicht; ○ 7-Tages-Inzidenz-Inz nach KW ab KW 42 (142), Höchstwert KW 43 (151,5), absteigender Trend bis heute KW 48 (36,7); Testrate/100.000 Erw.: zwischen ca. 2.300 in KW 42 bis 1.500 Tests in KW 48; Positivquote: 6,2 in KW 42, Höchstwert 6,5 in KW 43, derzeit 2,4 in KW 48; ○ Vom 22.10. bis 01.12. im Lockdown (= strengste Maßnahmen seit Mitte Mai): • Nur Geschäfte zur Grundversorgung geöffnet, Restaurants etc. nur take-out möglich • Strikte Kontaktbeschränkung: u.a. Treffen nur eines weiteren Haushalts, ausschließlich im Freien (außerhalb des eigenen Gartens)erlaubt, Alleinlebende können mit einem weiteren festgelegten Haushalt eine „Support Bubble" bilden (kein Kontakt zu weiteren Haushalten), Bewegung nur in einem Radius von fünf Kilometern vom Wohnort erlaubt; • Home-Office-Anordnung, Hochzeiten/Beerdigungen bis 25 Personen erlaubt, Schulen und Kindergärten weiterhin geöffnet https://www.gov.ie/en/publication/2dc71-level-5/ ○ Open Ireland (Folie 6): seit 30.11. schrittweise Öffnung	 ZIG1

- Im Vorfeld des Weihnachtsfestes sei mit einem erneuten Anstieg der Corona-Infektionszahlen zu rechnen, der Anstieg soll so gering wie möglich gehalten werden.
- Inzidenz derzeit wieder steigend (> 40, Vorwoche ca. 35) https://www.irishtimes.com/news/health/exiting-level-5-what-will-be-allowed-from-december-1st-1.4421214

- Zusammenfassung und News
    - Weltweit > 80 % der neuen Fälle (7T) und Todesfälle aus Amerika / Europa; in vielen Ländern Europas Rückgang;
    - 6-wöchiger Lockdown in Irland, Maßnahmen der jeweiligen Restriktions-Levels (1 – 5) bereits seit September bekannt; Maßnahmen sehr früh festgelegt, sehr transparent kommuniziert;
    - Bahrain lässt als 2. Land Impfstoff von Pfizer/BioNTech zu
    - ECDC ab 10.12. aktuelle Fallzahlen wöchentlich am Donnerstag (statt täglich) veröffentlicht, daher hier der Vorschlag für Krisenstab: Vorstellung neuer Zahlen am Freitag, jeweils vertiefende Kernthemen (bspw. länderspezifische Präsentation) am Montag
    - Diskussion: Konzept der Social Bubbles in UK/Irland soweit verifiziert, wenngleich noch nicht publiziert

To Do: Bitte an [geschwärzt], die Folien zu zirkulieren

- Stufenplan / Eskalationsstrategie auch für D relevant, ggf. als Phasen I-III mit entsprechendem Maßnahmenkatalog, Vorschlag findet breite Zustimmung
- Mögliche Inhalte: klar formulierte Maßnahmen anstelle allgemeiner Appelle an Selbstdisziplin, wie bspw. bewährte Maßnahmen anderer Länder oder Weiterentwicklung bereits bewährter Managementkonzepte (bspw. zu Kontaktpersonen – feste Kontaktgruppen)
- Genaue Definition der Trigger der jeweiligen Stufen nötig (cave: in anderen Ländern – UK, Australien – Politisierung der Stufen aufgrund finanzieller Auswirkungen)
- Kommunikation: Erläuterung der Maßnahmenumsetzung und der Kernbotschaften in Vorbereitung einer kampagnenartigen Ausarbeitung
- Doppelfederführung: Inhaltliche Ausgestaltung und Kommunikation

To Do 1: Konkretisierung dieser Maßnahmen als Abbildung im Strategiepaper mit Stufen/ Triggerpoints und als Handreichung für Entscheidungsträger; Federführung: FG36 [geschwärzt] in Zusammenarbeit mit FG32 und FG37 [LZ: [geschwärzt]

To Do 2: Kommunikation zu konkreten Empfehlungen; Federführung: P1 [geschwärzt] in Zusammenarbeit mit zu bestimmendem Consultant Board (bspw. aus Universitäten oder des MPI > verhaltenswissenschaftlicher Input), in zweiter Instanz mit BMG und BZgA ([geschwärzt]

<table>
<tr><td></td><td>bietet Fachbeiratsexpertise zu Psychologie an) [LZ: ███ ███

National
Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
SurvNet übermittelt: 1.183.655 (+12.332), 18.919 (1,6 %) Verstorbene (+147), Zahlen weiter auf hohem Niveau; 7-Tage-Inzidenz 146/100.000 Einw.; 4-Tage-R=1,20; 7-Tage-R=1,06; ITS (Datenstand 06.12.2020): 4.108 (+57), invasiv beatmet: 2.457 (+41); insgesamt eher steigend, sehr hohe Zahlen für Wochenende, keine Entspannung der Lage;
7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: in den meisten Bundesländern konstant bis zunehmend;
7-Tage-Inzidenz nach geographischer Verteilung: 19 LK >25-50; 99 LK >50-100; 251 LK >100-250; 33 LK >250-500; 1 LK >500-1000 Fälle/100.000 Einw.
In den Top 10 fast ausschließlich sächsische LK zu finden
Ursache des derzeit starken Fallzahlanstiegs in Sachsen von > 300/100.000 Einw. derzeit unklar
Sachsen-Anhalt, Brandenburg, Thüringen ebenfalls deutlich angestiegen, Ursachenfindung ist indiziert
Anmerkungen/Fragen:
In Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern hat der Teillockdown keinen deutlichen Effekt, Fallzahlen erreichen eine Art „steady state“, sinken jedoch nicht > aktuelle Maßnahmen reichen scheinbar derzeit nicht aus
Effekte hingegen in Bremen, Berlin und Hamburg sichtbar
Heterogenes Bild, keine pauschale Erklärung möglich, vermutlich eher auf LK-Ebene zu analysieren
Vorschlag: Vergleich ausgewählter LK über längeren Zeitraum im innerdeutschen Vergleich
Anmerkung: aktuelle Studie der Universität Bielefeld dazu zusammen mit FG34 (Maßnahmen versus Meldedaten)
To Do: Bitte an ███ um Weitergabe: im Lagebericht sollte bereits heute deutlich gemacht werden, dass in den letzten Tagen nach einem Plateau wieder eine Tendenz zu zunehmenden Fallzahlen zu beobachten ist (auch R-Wert sollte Berücksichtigung finden) [LZ: Wurde an Position Lagebericht kommuniziert]</td><td>FG32
███</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Internationales (nur freitags)</td><td>ZIG</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Update digitale Projekte (nur montags)
Aufnahme der CWA (CoronaWarnApp)-Evaluation nach Freigabe durch BMG
Mehrere Dimensionen der Analyse hinsichtlich Effekten, Hürden, Akzeptanz und Teilungsrate von Testergebnissen (verhaltensorientierte Evaluation zwecks gezielterer Kommunikation)
Ergebnisse seitens Fraunhofer wiesen darauf hin, dass Trennwände Einfluss auf die CWA haben, aktuelle Testergebnisse hierzu befinden sich in Auswertung</td><td>FG21
███</td></tr>
</table>

	○ Kontakttagebuch in CWA soll durchgesetzt werden, für Gesundheitsämter ggf. wertvoller Mehrwert, Umsetzung hinsichtlich Nutzbarmachung für die Gesundheitsämter ohne weiteren Mehraufwand/weitere Belastung ihrerseits wird derzeit diskutiert ○ Downloadanzahl derzeit bei ca. 24.5 Mio ○ Projekt DEA: beteiligt: BMG, RKI, Bundesdruckerei; erste Vertragsverhandlungen letzten Freitag, als nächstes Klärung von Datenschutzaspekten, dann geregelter Übergang in Projektbetrieb ○ Luka App: Aufbau durch Subunternehmen der Bundes-druckerei, möglichst aufwandarmer Anschluss der Gesund-heitsämter wird diskutiert ○ Chatbot – empfohlen durch ITZ Bund und BMI – derzeit in Prüfung hinsichtlich Umsetzbarkeit ○ DEMIS: ab 01.01.21 Nutzung verpflichtend, 98 % der Gesundheitsämter angebunden (13 Ämter derzeit noch ausstehend), jedoch lediglich ca. 250 von über 400 Laboren – davon jedoch viele Großlabore bereits angeschlossen ○ Anschluss vor allem bei kleinen Laboren problematisch (Adapterlösung, IT-Anleitung zur Konfiguration sowie Beratung stehen jedoch zur Verfügung) ○ Sprachregelung: starke Betonung, dass ab 01.01. die Verpflichtung zur DEMIS-Nutzung besteht, aber sofern diese technisch noch nicht umgesetzt werden kann, dies nicht von der Meldepflicht entbindet	FG32
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Kein Änderungsbedarf	alle
5	**Kommunikation** **BZgA** • • • • • • **Townhallmeeting** • Ca. 2.000 Fragen im Vorfeld eingereicht • Wiederholung im Januar geplant • Priorisierung von Impfungen wird Kernthematik werden und vermutlich Kontroversen hervorrufen	BZgA Präs

	Presse • Viele Anfragen zu Impfung, Stellungnahme der Fachgesellschaften soll vor Veröffentlichung abgewartet werden • [redacted] **Social Bubbles** (Folien hier) • Präventionsbotschaften zu Weihnachten, daraus erklärende Grafiken zu Social Bubbles, textliche Erläuterung wird ergänzt, auch zu Kontaktpersonen • Informationen zur Vorquarantäne werden in gesonderter Grafik erstellt • [redacted] wird betreffende Personen der Abteilungen zwecks Feedback dazu persönlich ansprechen	Presse [redacted] P1 [redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **Reisen** • Problempunkt bereits im Frühjahr und Sommer ersichtlich, betrifft innerdeutsche als auch Reisen ins Ausland (Abhängigkeit von Funktionsfähigkeit der Einreisekontrollen, Aktivitäten vor Ort etc.) • Es sollte deutlich werden, wo genau das Risiko bei Reisen besteht, um Nachfragen und scheinbare Inkonsistenzen zu vermeiden • Reisen sind fast ausnahmslos kontaktbezogen (Unterkunft, Essen, Aktivitäten) • Es sollte generell empfohlen werden, nicht zu reisen, vor allem vor dem Hintergrund der gemeinschaftlichen Anstrengung der Gesellschaft, Fallzahlen zu reduzieren und des Risikos einer Ausbreitung (cave bei Argumentation mit Risiko: starke Abhängigkeit von Pandemiesituation/-phase) • ECDC: sieht derzeit geringeres Risiko bei Reisenden, vulnerable Gruppen darunter weniger vertreten • Reisen sollten auch für andere Länder kein vermehrtes Risiko erzeugen, Eintrag muss vermieden werden (vor allem auch dann, wenn dort Fallzahlen mit sehr drastischen Maßnahmen gedrückt werden) • Ggf. Empfehlung zu Mobilität im In- und Ausland (Verhalten und Kontext, Rahmenbedingungen) aussprechen, Empfehlung momentan nicht mobil zu sein • ECDC: derzeitiger Stand, dass Reisende den lokalen Restriktionen entsprechend handeln sollten, hier ggf. sinnvoller: den jeweils striktesten Bedingungen des Herkunfts- und Destinationslandes entsprechen (cave: schwierig, da bspw. selbst innerdeutsch unterschiedliche Restriktionen) **Surveys UK** • British Household Panel: alle 2 Wochen 20.000 Haushalte serologisch und per PCR getestet > repräsentative Fallzahlen im zeitlichen Verlauf > Modellierungsgrundlage (Punktprävalenz und Inzidenz berechenbar)	Alle VPräs VPräs FG24 [redacted] FG36 [redacted]

	• Vergleichbares RKI-Gesundheitspanel dringend benötigt • Anlehnung an bereits etablierte Panels (bspw. Forsa, SeBluCo, Voxco, Grippeweb/GrippeWebPlus - nicht repräsentativ, da selbstrekrutiert, dennoch hochrelevant) > kurzfristiger Informationserhalt, aufgrund der Dringlichkeit Integration ggf. von Vorteil • Langfristig Errichtung eines adäquaten, RKI-basierten Panels, wie bereits seit langer Zeit gefordert *To Do: Bitte an [REDACTED], sich mit [REDACTED] und weiteren Personen aus Abt. 3 bis Ende der Woche zu geeignetem Instrument für möglichst repräsentative Longitudinalstudie (Eckpunkte eines Aufbaus eines solchen Panels, mögliche Anknüpfung an bereits bestehende Panels) auszustauschen* [LZ: [REDACTED] **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	
7	**Dokumente** ○ Veröffentlichung der Nationalen Teststrategie, Grafik wird mit Testverordnung in Einklang gebracht und morgen freigeschaltet ○ Unklarheiten zu Testnotwendigkeit bei Warnung in der CWA: Querverweis zur CWA ist in nationaler Teststrategie jedoch deutlich enthalten ○ Entlasskriterien Berlin: ○ vereinfachte Darstellung durch [REDACTED] auf Bundesebene: ▪ Wording von Genomäquivalenten zurück auf Ct-Werte ▪ Vorschlag, dass ein negativer PCR-Test ausreicht ▪ PCR-Test wird diesbezüglich dem AG-Nachweis gleichgestellt *ToDo: Bitte an IBBS um Klärung, ob eine solche Vereinfachung auch für uns möglich ist* ○ Anm.: abhängig vom Setting – bei Freitestung wird Wiederholung gefordert, da hier quantitatives Bezugsergebnis anfälliger für Unsicherheit ○ Leistungsfähigkeitsvergleich auf Ct-Basis nicht möglich, auf Kopiezahl-Basis schon *To Do: Bitte an [REDACTED], die inhaltliche Möglichkeit einer Vereinfachung zu überprüfen* ○ Wie ist die Validität der Teste nach Hersteller zu beurteilen (bspw. Validität des Tests von Bosch im Vergleich zu Roche): Hersteller muss bei Validität bei Inverkehrbringen nachweisen ○ PEI-Homepage: nähere Informationen zur Validität der Teste *ToDo: Bitte um Weiterleitung dieser Frage an AG Diagnostik*	Alle Abt. 1 [REDACTED]
8	**Update Impfen (nur freitags)**	

	○ Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** AGI Sentinel ○ In letzten zwei Wochen > 3.000 Einsendungen, Verdopplung von einer Woche zur darauffolgenden (Ursache vermutlich verstärktes Anschreiben, Einsatz von Kurierdienst) ○ Rhinoviren dominieren mit 18 % ○ Teillockdown spiegelt sich auch hier wieder ○ 14 SARS-CoV-2-positive Proben (= ca. 8 %), Höchstwert bislang ○ Gesamtstatistik: ca. 1500 Proben, davon ca. 350 positiv ○ Anbindung an DEMIS noch nicht abgeschlossen, [redacted] tauscht sich hierzu mit [redacted] aus	FG17 [redacted] ZBS1 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ○ Keine Updates	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** ○ Keine Punkte	Alle
12	**Surveillance** Corona-KiTa-Studie (Folien hier) ○ Erkrankungszahlen bei Kindern unter 10 Jahren ○ GrippeWeb (Folie 4): Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen bei Erwachsenen Stabilisierung, Anteil Kinder/ Jugendliche nimmt im Verlauf der Meldungen ab ○ Geschätzte ARE in KW 48: ○ 0-5 Jahre: 341.000 ARE (7.200/100.000), davon 13% mit Arztbesuch = ca. 44.000 mit Arztbesuch wegen ARE ○ 6-10 Jahre: 177.000 ARE (4.800/100.000), davon 13% mit Arztbesuch = ca. 23.000 mit Arztbesuch wegen ARE ○ 11-14 Jahre: 18.000 ARE (600/100.000), davon 33% mit Arztbesuch = ca. 6.000 mit Arztbesuch wegen ARE ○ Inzidenz pro 100.000 Einw. und Anteil übermittelter COVID-19-Fälle (%) nach Altersgruppe (Folie 5): in KW49 bei 15-20J. ca. 180 (7,5 %), bei 11-14 J. ca. 130 (3,3 %), bei 6-10 J. ca. 90 (3,1 %), bei 0-5J. ca. 60. (2,3 %) ○ Ausbrüche in Kindergärten/Horte (Folie 8) ○ Größte Geschehen KW 48/49: ○ NI, Hildesheim, 12 Fälle: 5 (0-5), 7 (15+) ○ RP, Rhein-Hunsrück-Kreis, 11 Fälle: 1 (6-10), 10 (15+) ○ Insgesamt wurden in SurvNet 447 Ausbrüche in Kindergärten/Horte (>= 2 Fälle) angelegt ○ 336 (75 %) Ausbrüche inkl. mit Fällen < 15 Jahren, 40 % (837/2.083) der Fälle sind 0 - 5 Jahre alt ○ 111 Ausbrüche nur mit Fällen 15 Jahre und älter ○ Ausbrüche in Schulen (Folie 9) ○ Insgesamt wurden in SurvNet 749 Ausbrüche in Schulen angelegt (>= 2 Fälle, 0-5 Jahre ausgeschlossen)	FG36 [redacted] FG32 [redacted]

	○ 690 (92 %) Ausbrüche inkl. mit Fällen < 21 Jahren, 18 % (6-10J.), 27 % (11-14J.), 31 % (15-20J.), 24 % (21+) ○ 59 Ausbrüche nur mit Fällen 21 Jahre und älter ○ Trend zu Ausbrüchen in Schulen/bei Jugendlichen, nimmt aber auch bei Grundschülern zu ○ Entsprechend der Entwicklung in der Allgemeinbevölkerung/genereller Maßnahmen müsste sich die Lage in den Schulen ebenfalls stabilisieren, hier jedoch kein Einfluss zu beobachten ○ Diskussion / Fragen ○ Anfrage zu Gurgeln mit dazu gebräuchlichem Desinfektionsmittel: keine adäquate Präventionsmaßnahme da höchstwahrscheinlich nur sehr temporär wirksam ○ Probenahme – Belastungsreduktion bei Probenahme bei Kindern durch Entnahme aus vorderem Nasenbereich und Mundraum (COALA)	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** ○ Nicht besprochen.	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** ○ Nicht besprochen.	FG38
15	**Wichtige Termine** ○ FG33 wegen Retreat und ECDC Meeting erst kommenden Montag wieder in der Krisenstabssitzung	Alle
16	**Andere Themen** ○ Nächste Sitzung: Mittwoch, 09.12.2020, 11:00 Uhr, via [geschwärzt]	